

ADAM PROKOPOWICZ

Redukcja szkód związana z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych

Reduction of harm associated with psychoactive substance use

Zakład Szkodliwości Chemicznych i Toksykologii Genetycznej, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

SŁOWA KLUCZOWE

redukcja szkód, metadon, alkohol, tytoń

STRESZCZENIE

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest schorzeniem trudnym do leczenia, niosącym ogromne szkody dla organizmu i niepomyślnie konsekwencje socjalne i ekonomiczne dla osób uzależnionych, ich rodzin i społeczeństwa, a terapia odwykowa jest często długotrwała i obciążona dużą liczbą niepowodzeń. Stąd też potrzeba podejmowania szerokich działań mających na celu zminimalizowanie niekorzystnych skutków przyjmowania substancji psychoaktywnych. Jednym z programów włączonych do strategii redukcji szkód jest terapia substytucyjna. Polega ona na zastępowaniu nielegalnego narkotyku substancją legalną o podobnym lub takim samym działaniu farmakologicznym, co ma miejsce w terapii uzależnień od narkotyków. Natomiast w nikotynizmie polega na przyjmowaniu tej samej substancji psychoaktywnej (nikotyny), pozbawionej większości innych substancji toksycznych znajdujących się dymie tytoniowym. Wprowadzenie na rynek konsumencki alternatywnych form dostarczania nikotyny (elektroniczne papierosy, bezdymne wyroby tytoniowe) na nowo wywołało kontrowersje na temat efektywności redukcji szkód opartej na zastąpieniu tradycyjnych wyrobów tytoniowych produktami o zmniejszonej emisji substancji toksycznych, jednak w dalszym ciągu dostarczających nikotynę. Zdaniem przeciwników leczenia substytucyjnego, uniemożliwia ono osiągnięcie abstynencji dającej możliwość pełnego wyeliminowania szkód generowanych przez przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Znalezienie wspólnej płaszczyzny pomiędzy zwolennikami redukcji szkód i zwolennikami terapii ukierunkowanej na całkowitą abstynencję odbyłoby się z korzyścią dla osób uzależnionych.

KEYWORDS

harm reduction, methadone, alcohol, tobacco

SUMMARY

Psychoactive substance addiction is difficult to treat, brings huge damage to the body and has negative social and economic consequences for the addicted, their families and society. Rehabilitation therapy is often long and has a high failure rate. For this reason, there is a need for extensive action to minimise the negative effects of psychoactive substance use. Substitution therapy is one of the programmes included in the harm reduction strategy. It involves the replacement of an illicit drug with a legal substance with similar or identical pharmacological effects and is applied in drug addiction therapy. In the case of nicotine addiction, substitution therapy involves taking the same psychoactive substance (nicotine) in a form which is devoid of the majority of other toxic substances that are found in tobacco smoke. The introduction of alternative forms of nicotine supply (electronic cigarettes, non-smoking tobacco products) have renewed the controversy around the topic of efficacy of harm reduction involving the replacement of traditional tobacco products with those with

reduced emission of toxic substances, but which still deliver nicotine. According to the opponents of substitution therapy, it prevents one from achieving abstinence that allows for full elimination of harm generated by psychoactive substances. Finding a common platform between the proponents of harm reduction and advocates of complete abstinence-based therapy would be of benefit to the addicted individuals.

Pojęcie „redukcja szkód” (ang. *harm reduction*) określa wszelkie działania, których celem jest minimalizacja rozmaitych szkód i zagrożeń związanych z ryzykownymi zachowaniami. Obejmuje więc cały szereg dziedzin życia codziennego, ale w piśmiennictwie utożsamiane było początkowo tylko z problematyką narkotykową. Wiązało się to z próbami wprowadzenia do praktyki klinicznej w latach 60. ubiegłego wieku metadonu (pochodna difenylpropylaminy), będącego agonistą receptorów opiatowych. W Stanach Zjednoczonych był to wówczas okres rozprzestrzeniającego się gwałtownie uzależnienia od heroiny, co skutkowało wzrostem śmiertelnych wypadków przedawkowania oraz zwiększoną liczbą chorób zakaźnych, głównie HIV, co związane było z przyjmowaniem narkotyków na drodze iniekcji. W ciągu następnych dekad pojawił się szereg badań dokumentujących bezpieczeństwo i skuteczność farmakoterapii metadonem. Rygorystyczne trzymanie się zasad i norm obowiązujących wówczas w USA niedopuszczających tego typu terapii spowodowały, że dopiero 35 lat później, w 1999 roku, Narodowy Instytut Zdrowia (National Institute of Health) opublikował raport jednoznacznie wskazujący na korzyści płynące z użycia metadonu w terapii odwykowej od heroiny (1).

Był to również okres wprowadzania programów wymiany igieł i strzykawek, mających zredukować szkody zdrowotne związane z dożylnym przyjmowaniem narkotyków. Programy wymiany miały wpływać na skrócenie czasu używania sprzętu do iniekcji i zminimalizowanie konieczności pożyczania, wymieniania go między osobami uzależnionymi. Przy okazji osoby uzależnione edukowano w zakresie bezpiecznych iniekcji, bezpieczniejszych zachowań seksualnych oraz informowano o możliwościach opieki lekarskiej i leczeniu uzależnień.

Formy i metody strategii były rozbudowywane na przestrzeni ubiegłych dekad, ale istota pozostała ta sama (2). Na początku lat 90. ubiegłego wieku redukcję szkód definiowało się jako filozoficznie i pragmatycznie opracowaną strategię ukierunkowaną na to, aby skutki używania środków odurzających były tak bezpieczne, jak tylko jest to sytuacyjnie możliwe. Obejmowała ona dostarczanie informacji, źródeł, edukacji, umiejętności oraz modyfikowanie postaw, skutkiem których zminimalizowane zostaną negatywne konsekwencje używania środków odurzających tak dla samych użytkowników, jak i dla społeczeństwa. W 1996 roku Canadian Centre on Substance Abuse sformułowało pięć wiodących zasad, na jakich powinny opierać się programy redukcji szkód (3). Należą do nich:

- pragmatyzm – strategia redukcji szkód przyjmuje, iż używanie niektórych środków psychoaktywnych jest nieuniknione (terapia substytucyjna), a pewien

The term “harm reduction” refers to any activity to minimise various types of damage and risks associated with risky behaviour. It therefore covers a number of areas of everyday life, but initially it was limited to the problem of illicit drug use in the literature. This was associated with the attempts to introduce methadone, a diphenylpropylamine derivative and an opioid receptor agonist, into the clinical practice in the sixties. At the time, in the United States heroin addiction was spreading rapidly, which resulted in an increase in the number of cases of lethal overdose and in the number of infectious diseases, particularly HIV, which was associated with injecting drugs. Over the next few decades a number of studies documenting the safety and efficacy of methadone therapy were published. Due to the strict adherence to the rules and norms in place in the USA at the time which did not allow such therapies, it was only 35 years later, in 1999, that the National Institute of Health published a report showing definite benefits associated with using methadone in heroin addiction therapy (1).

This was also a time of introducing needle and syringe exchange programmes aiming at reducing the health damage associated with intravenous drug use. Needle exchange programmes were intended to reduce the duration of injection equipment use and to minimise the need to borrow and exchange it between addicted individuals. The addicted individuals were also educated on safe injection practices and safer sexual behaviour as well as being informed about medical care options and drug rehabilitation.

The forms and methods of harm reduction have developed over the last few decades, but the essence of it has remained the same (2). At the beginning of the nineties of the last century harm reduction was defined as a philosophically and pragmatically developed strategy aiming at ensuring that the consequences of drug use were as safe as possible in a given situation. It included supplying information, sources, education and skills as well as modifying attitudes in order to minimise the negative consequences of drug use both for the users and society at large. In 1996 the Canadian Centre on Substance Abuse formulated five leading principles for harm reduction programmes (3). These include:

- pragmatism – the harm reduction strategy assumes that the use of some psychoactive substances is unavoidable (substitution therapy) and some level of use of such substances is a norm in society,

poziom stosowania takich substancji jest normą w społeczeństwie,

- koncentracja na szkodliwych skutkach – rozmiar zaangażowania w odurzanie się ma drugorzędne znaczenie wobec znaczenia szkodliwych skutków, jakie z niego wynikają,
- humanistyczne wartości – decyzja człowieka o używaniu środków psychoaktywnych jest akceptowana jako fakt, jako indywidualny wybór. Nie czyni się moralistycznych ocen, z szacunkiem traktowane są: godność i prawa osoby odurzającej się,
- równoważenie nakładów i zysków – prowadzony jest pragmatyczny proces identyfikacji, pomiaru i oszacowania konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, związanych z nimi szkód oraz kosztów i zysków płynących z zastosowanych interwencji. Na tej podstawie formułowane są priorytety, uwzględniające nie tylko interesy osób odurzających się, ale również szerszej społeczności i całego społeczeństwa,
- hierarchia celów – większość programów redukcji szkód posiada hierarchię celów, z bezpośrednią koncentracją na najbardziej pilnych potrzebach.

Biorąc to pod uwagę, Lenton i Single (4) zasugerowali, że polityka, program lub interwencja mogą być tworzone jako redukcja szkód, jeśli:

- ich podstawowym celem jest raczej redukcja szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków niż redukcja ich zażywania jako taka,
- tam, gdzie włączane są strategie nakierowane na całkowite odstawienie narkotyków, celem jest również redukcja szkód wśród tych, którzy nie zaprzestali przyjmowania narkotyków,
- strategie są w stanie wykazać w oparciu o bilans prawdopodobieństw, że redukcja szkód netto związana z używaniem narkotyków jest możliwa do wystąpienia.

Opracowane w ówczesnym czasie strategie redukcji szkód tradycyjnie dedykowano osobom zażywającym narkotyki. Dlatego były, ale często również obecnie są utożsamiane z problematyką wyłącznie narkotykową. Tymczasem jej założenia formalne i postulowane praktyczne rozwiązania mogą być wprost adaptowane do innych uzależnień, w tym do polityki antyalkoholowej i antynikotynowej (5).

Uwzględnia to obecna definicja redukcji szkód, która rozszerza swój zakres na wszystkie substancje psychoaktywne. Według International Harm Reduction Association pojęcie „redukcja szkód” odnosi się do strategii, programów i praktyk, których celem jest przede wszystkim ograniczenie zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych konsekwencji używania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych bez potrzeby ograniczania ich konsumpcji (6).

W przeciwieństwie do narkotyków, alkohol i tytoń są legalnymi produktami konsumenckimi, pomimo zawierania w swoim składzie substancji o działaniu uzależniającym, a mianowicie alkoholu etylowego i nikotyny. Ogromne

- focus on harmful consequences – the level of substance abuse is of lesser importance than the significance of its effects,
- humanistic values – the decision of a human being to use psychoactive substances is accepted as a fact, as an individual choice. No moralistic judgement is made and the dignity and rights of the person who uses drugs are respected,
- balancing expenditure and gains – pragmatic identification, measurement and estimation are performed of the consequences of psychoactive substance use, the associated damage as well as costs and gains resulting from the interventions applied. Based on this, priorities are established which take into account the interests of not only substance users but also those of wider community and society at large,
- hierarchy of goals – the majority of harm reduction programmes have a hierarchy of goals with a direct focus on the most urgent needs.

Based on this, Lenton and Single (4) suggested that a policy, programme or intervention can constitute harm reduction if:

- its fundamental aim is to reduce the harm associated with drug use than to reduce drug use as such,
- alongside strategies aimed at complete drug abstinence, the aim of harm reduction among those who have not ceased taking drugs is also included,
- strategies are able to demonstrate, based on the balance of probabilities, that net drug use harm reduction is possible.

The harm reduction strategies developed at the time were traditionally directed at drug users. For this reason, they often have been and still are considered to involve drugs only. However, the formal assumptions and proposed practical solutions of harm reduction can be directly applied to other addictions, including to anti-alcohol and anti-tobacco policy (5).

This is accommodated by the current definition of harm reduction whose scope has been extended to all psychoactive substances. According to the International Harm Reduction Association the term “harm reduction” refers to strategies, programmes and practices which aim primarily at limiting health, social and economic consequences of using legal and illegal psychoactive substances without the need to limit their consumption (6).

Unlike drugs, alcohol and tobacco are legal consumer products despite containing addictive substances – ethanol and nicotine. Due to the huge prevalence of both addictions and negative health effects of alcohol abuse and tobacco smoking, both addictions are very dangerous for human life. Alcohol abuse ranks ninth and tobacco smoking ranks first as a risk factor for mortality in high-income

rozpowszechnienie obu nałogów oraz negatywne efekty zdrowotne nadużywania alkoholu i palenia tytoniu powodują, że oba nałogi należą do niezmiernie groźnych dla życia ludzkiego. W rankingu czynników ryzyka wpływających na śmiertelność w krajach o wysokim dochodzie nadużywanie alkoholu znajduje się na dziewiątym miejscu, a palenie tytoniu na pierwszym miejscu. Ich procentowy udział w ogólnej ilości zgonów wynosi odpowiednio 1,6 i 17,9% (7).

W leczeniu odwykowym od alkoholu pojawiają się programy wpisujące się w strategię redukcji szkód. Są to projekty ograniczania picia alkoholu, których celem jest wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru spożywania alkoholu, zgodnie z ustalonym wcześniej planem. Skierowane są one do osób nieakceptujących modelu całkowitej abstynencji, których uzależnienie jest w fazie początkowej (8). Istnieją przesłanki, że programy oferujące naukę ograniczania picia alkoholu mają podobną efektywność do tych nakierowanych na abstynencję i powinny być traktowane jako opcja terapeutyczna w odniesieniu do niektórych grup pacjentów, zarówno pijących szkodliwie, jak i uzależnionych od alkoholu (9). Zainteresowanie tym programem krajowych placówek leczenia uzależnień spowodowało, że zespół doradców ds. leczenia Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych opracował zalecenia będące zbiorem praktycznych wskazówek i wytycznych zawierających wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania (10).

Palenie tytoniu jest szczególnym nałogiem. O ile używanie narkotyków i nadmierna konsumpcja alkoholu nie miały i nie mają akceptacji społecznej, to palenie tytoniu przez dziesięciolecia było prawie wszędzie nałogiem akceptowalnym. Obecnie wskutek regulacji prawnych, wzrostu świadomości o szkodliwości palenia i szkodliwości palenia biernego, akceptacja dla tego nałogu istotnie zmalała. Jednak w dalszym ciągu rozpowszechnienie palenia tytoniu jest znaczne. W krajach Unii Europejskiej średnio 24% osób dorosłych pali tytoń. Polska z rozpowszechnieniem 28% znajduje się niestety na piątym miejscu wśród krajów Unii o największej konsumpcji papierosów (11).

Opublikowana w 1950 roku praca Wyndera i Grahama przedstawiająca wyniki obszernych badań epidemiologicznych wskazujących na bezsprzeczny związek pomiędzy paleniem a występowaniem raka płuc zapoczątkowała serię badań związanych ze szkodliwością palenia tytoniu (12). Konsekwencją tego było wprowadzenie do produkcji papierosów z filtrem. W 1952 roku sprzedaż papierosów z filtrem stanowiła jedynie 1% ogólnej sprzedaży papierosów na rynku amerykańskim, ale już w 1960 roku wzrosła do ponad 50%, a w roku 1998 wynosiła 98%. Filtr miał zmniejszać ilość substancji toksycznych inhalowanych przez palacza. Była to pierwsza próba zmniejszenia szkodliwości wyrobów tytoniowych, ale ze względu na brak wystarczających badań w tym okresie nie można tego potwierdzić. Kolejną próbą było wprowadzenie papierosów o niskiej szkodliwości (ang. *low-yield cigarettes*). Produkty te emitowały mniejszą ilość substancji smolistych, tlenku węgla, ale również nikotyny. Dane na temat wpływu na zdrowie tych produktów są

countries and they account for 1.6 and 17.9% of general mortality, respectively (7).

Alcohol rehabilitation is now beginning to include programmes which follow the harm reduction strategy. These are alcohol consumption reduction programmes which aim at developing a controlled drinking pattern in line with a predetermined plan. They are directed at individuals who do not accept the model of complete abstinence and whose addiction is in the initial phase (8). There is some evidence that programmes which teach drinking reduction have similar efficacy to those focusing on abstinence and should be treated as a therapeutic option for certain groups of patients who drink harmfully as well as those who are addicted to alcohol (9). Addiction rehabilitation centres in Poland have become interested in harm reduction programmes and this has led the team of advisors of the Director of the State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems to develop recommendations including practical advice and guidelines containing indications and contraindications for the use of harm reduction programmes (10).

Tobacco smoking is a peculiar kind of addiction. While drug use and alcohol abuse have never been socially accepted, tobacco smoking has been an acceptable addiction almost everywhere for decades. Currently, as a result of regulatory provisions and increased awareness of the harmful effects of active and passive smoking, acceptance for smoking has significantly declined. However, tobacco smoking is still a widespread addiction. On average, 24% of people in EU countries smoke tobacco. Unfortunately, Poland, with a prevalence of 28%, ranks fifth as an EU country with the highest cigarette consumption (11).

A study by Wynder and Graham published in 1950, presenting the results of extensive epidemiological studies indicating an undisputed relationship between smoking and lung cancer initiated a series of studies on the harmful effects of tobacco smoking (12). As a consequence, the manufacture of filtered cigarettes started. In 1952 filtered cigarette sales accounted for only 1% of the total cigarette sales on the American market; however, as soon as in 1960 it rose to over 50% and was 98% in 1998. The filter was intended to reduce the amount of toxic substances inhaled by the smoker. It was the first attempt at reducing the harmful effects of tobacco products; however, due to the lack of sufficient research at the time, the achievement of this aim cannot be confirmed. Another attempt involved the introduction of low-yield cigarettes. These products emitted a smaller amount of not only tar and carbon monoxide, but also of nicotine. The data on the influence of these products on health are contradictory. In this case there have also been no systematic or exhaustive studies comparing these products with traditional cigarettes. The majority of researchers

sprzeczne. Również i tym razem nie było systematycznych i wyczerpujących badań porównujących te wyroby z papierosami tradycyjnymi. Większość naukowców skłaniała się do wniosku, że korzyści zdrowotne z przejścia z papierosów tradycyjnych na nowe produkty są nikłe w związku z kompensującym sposobem palenia nowych wyrobów (głębsze i częstsze zaciągnięcia) (13).

Pierwsze obszerne naukowe podejście do redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu przedstawiono w roku 2001 w raporcie Akademii Nauk USA (14). Na podstawie dostępnych w tamtym okresie badań autorzy raportu stwierdzili, że redukcja szkód jest celowa i uzasadniona z punktu widzenia zdrowia publicznego jedynie wtedy, gdy zostanie starannie wdrożona, by osiągnąć następujące zadania:

- wytwórcom zostaje dana odpowiednia zachęta, aby rozwijać i udostępniać na rynku produkty, które zmniejszają narażenie na substancje toksyczne w dymie tytoniowym oraz których używanie daje rozsądną możliwość zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób odtytoniowych,
- konsumenci zostaną w pełni poinformowani o wszystkich znanych, prawdopodobnych oraz potencjalnych konsekwencjach używania tych produktów,
- promocja, reklama oraz oznakowanie tych wyrobów będą stanowczo regulowane w celu ochrony przed mylnymi i fałszywymi stwierdzeniami, jawnymi lub utajonymi,
- efekty zdrowotne i behawioralne używania produktów potencjalnie redukujących narażenie będą na bieżąco monitorowane,
- prowadzone będą badania podstawowe, kliniczne i epidemiologiczne w celu ustalenia ich zdolności do redukcji szkód w odniesieniu do jednostki i populacji, oraz
- redukcja szkód stanowić będzie komponent całościowego narodowego programu kontrolującego używanie tytoniu, który akcentuje abstynencję jako metodę prewencji i terapii uzależnienia.

Wydawać by się mogło, że strategia redukcji szkód spotka się z powszechną akceptacją. Tymczasem wzbudza ona szereg kontrowersji (15). Pomimo faktu, że jest to podejście ugruntowane w dziedzinie zdrowia publicznego, dla którego istnieje znaczące oparcie na dowodach, pozostają osoby podchodzące z rezerwą co do jej efektywności, efektów i intencji. Najczęściej pojawiają się cztery zarzuty w kierunku redukcji szkód w narkomanii, ale można je odnieść również do używania innych substancji psychoaktywnych:

1. Redukcja szkód jest nieskuteczna – taką tezę może potwierdzać wybiórcza i tendencyjna analiza prac naukowych, wskazujących na brak efektywności związanej z niekorzystnymi zdarzeniami zdrowotnymi po zastosowaniu terapii substytucyjnej. Dlatego istotnym jest opieranie się na dowodach opracowanych przez renomowane organizacje i ośrodki badawcze.
2. Redukcja szkód nie prowadzi do abstynencji – niewątpliwie może to mieć miejsce. Jednak z drugiej strony

were inclined to conclude that there were little health benefits associated with the transfer from traditional cigarettes to new products due to the compensatory manner of smoking of the new products (deeper and more frequent puffs) (13).

The first comprehensive scientific approach to the reduction of harm caused by tobacco smoking was presented in 2001 in a report by the US National Academy of Sciences (14). Based on the studies available in that period the authors of the report concluded that harm reduction was useful and justified from the public health standpoint only if it was carefully implemented to achieve the following tasks:

- manufacturers receive appropriate incentives to develop and market products which reduce exposure to the toxic substances present in tobacco smoke and the use of which provides a sensible possibility of reducing the risk of tobacco-related diseases,
- consumers are fully informed on all known, probable and potential consequences of the use of these products,
- the promotion, advertising and labelling of these products is strictly regulated to protect the consumers against misleading and false statements, whether overt or covert,
- the health and behavioural effects of the use of the products which potentially reduce exposure are constantly monitored,
- basic, clinical and epidemiological research is conducted to determine the products' ability to reduce harm for an individual and the population and
- harm reduction is a component of a comprehensive national tobacco use control programme which emphasises abstinence as a prevention an addiction therapy method.

It would seem that the harm reduction strategy should attract general acceptance. However, it has inspired a number of controversies (15). Despite the fact that harm reduction is an established, evidence-based approach in public health, some people still have reservations regarding its efficacy, effects and intentions. There are four main objections towards harm reduction in drug addiction, which are also applicable to the use of other psychoactive substances:

1. Harm reduction is ineffective – this statement can be confirmed by selective and biased analysis of scientific papers indicating the lack of efficacy associated with adverse health events following substitution therapy. Therefore, it is important to take into account the evidence developed by established organisations and research centres.
2. Harm reduction does not lead to abstinence – this may undoubtedly be the case. On the other hand,

istnieją twarde dowody, że np. terapia metadonowa osiąga lepsze wyniki niż terapie bez użycia narkotyku, włączając leczenie placebo, oferowanie leczenia odwykowego, detoksykacji, a dodatkowo chroni przed infekcją wirusem HIV, zmniejsza umieralność, redukuje przestępczość.

3. Redukcja szkód zachęca do brania substancji psychoaktywnych – wprowadzanie w programach redukcji szkód produktów mniej szkodliwych może spowodować, że osoby nieuzależnione będą je uważać za bezpieczne i rozpoczną ich używanie. Redukcja szkód uważana jest przez krytyków jako ta, która wysłała złý sygnał i osłabia wysiłki podstawowej prewencji. Przypisywanie lub podważanie przyczynowości jest trudne do wykazania zarówno dla krytyków, jak i obrońców redukcji szkód, a głównym powodem jest złożoność czynników, które kształtują ludzkie decyzje, aby rozpocząć przyjmowanie substancji uzależniających.
4. Redukcja szkód jest „koniem trojańskim” dla reform w prawodawstwie – część krytyków redukcji szkód uważa, że zasadniczą intencją redukcji szkód jest doprowadzenie do reformy w prawie narkotykowym i promowanie legalizacji narkotyków. W świetle powszechnego braku akceptacji społecznej dla narkotyków wydaje się to mało prawdopodobne.

Kontrowersje wokół redukcji szkód pojawiły się ponownie kilka lat temu w związku z wprowadzeniem do sprzedaży elektronicznych papierosów, a obecnie tzw. bezdymnych papierosów. Głównym obiektem krytyki są programy substytucyjne postrzegane w przypadku narkotyków jako krok w stronę ich legalizacji, a w przypadku tytoniu jako czynnik zniechęcający do abstynencji (16).

Rozpatrując korzyści i zagrożenia wynikające z terapii substytucyjnej jako jednego z podstawowych nurtów strategii redukcji szkód, warto brać pod uwagę casus metadonu. Ponad trzydziestoletnie opóźnienie w dopuszczeniu metadonu do oficjalnego stosowania spowodowało w sposób znaczący ograniczenie szkód związanych z używaniem narkotyków.

however, there is hard evidence that methadone therapy, for instance, has achieved better results than non-drug therapies including placebo treatment, rehabilitation and detoxification and it also protects against HIV, reduces mortality and crime rate.

3. Harm reduction encourages psychoactive substance use – the introduction of less harmful products as part of harm reduction programmes can cause non-addicted individuals to consider them safe and start using them. Harm reduction is considered by its critics to send a wrong message and weaken the efforts of basic prevention. Causality is difficult to either demonstrate or challenge successfully by both the critics and advocates of harm reduction and the main reason for this is the complexity of factors which shape human decisions to start taking addictive substances.
4. Harm reduction is a Trojan horse for legal reforms – some critics of harm reduction believe that the fundamental intention behind harm reduction is to lead to drug law reform and promote drug legalisation. However, it seems unlikely in the light of the universal lack of social acceptance for drugs.

Controversy around harm reduction appeared again a few years ago due to the marketing of electronic cigarettes. Currently, smoke-free cigarettes are another source of controversy. The main target of criticism are substitution programmes perceived as a step towards legalisation in the case of drugs and as a factor discouraging from abstinence in the case of tobacco (16).

When considering the benefits and risks of substitution therapy as one of the fundamental trends in the harm reduction strategy it is worth to take into account the case of methadone. More than thirty years of delay in approving methadone for official use significantly delayed the minimisation of drug use-associated harm.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Kreek MJ: Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 909: 186-216.
2. Gaś ZB: Redukcja szkód a profilaktyka uzależnień. *Remedium* 2002; VII-VIII: 32-33.
3. Beirness DJ, Jesseman R, Notarandrea R, Perron M: Harm Reduction: What's in a Name? Canadian Centre on Substance Abuse 2008. <http://www.ccdus.ca/Eng/Pages/default.aspxorward>.
4. Lenton S, Single E: The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17(2): 213-219.
5. Jabłoński P: Filozofia redukcji szkód. *Świat Problemów*. Warszawa 2014; 5(256); <http://www.swiatproblemow.pl/filozofia-redukcji-szkod/>.
6. International Harm Reduction Association: What is harm reduction? <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.

ADRES DO KORESPONDENCJI
CORRESPONDENCE

Adam Prokopowicz
Zakład Szkodliwości Chemicznych
i Toksykologii Genetycznej
Instytut Medycyny Pracy
i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu
ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec
tel.: +48 507-439-083
a.prokopowicz@imp.sosnowiec.pl

nadesłano/submitted:
2.02.2018
zaakceptowano do druku/accepted:
23.02.2018

7. World Health Organization (WHO): Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genewa 2009.
8. Dubiel E: Strategia redukcji szkód w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i alkoholu. *Resocjalizacja Polska* 2016; 11: 63-81.
9. Ambrogne JA: Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22(1): 45-53.
10. Bakula A, Bętkowska-Korpała B, Fudała J et al.: Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2015; 5: 32-34.
11. Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Report. DOI: 10.2875/804491. European Union, 2017 (<http://ec.europa.eu/COMFrontOffice/PublicOpinion>).
12. Wynder EL, Graham EA: Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of 684 proved cases. *J Am Med Assoc* 1950; 143(4): 329-336.
13. Benowitz NL, Hall SM, Herning RI et al.: Smokers of low-yield cigarettes do not consume less nicotine. *N Engl J Med* 1983; 309(3): 139-142.
14. Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction; Stratton K, Shetty P, Wallace R et al. (eds.): *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*. The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine 2001.
15. Hunt N, Ashton M, Lenton S et al.: A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *Forward Thinking on Drugs a Release Initiative*, 2002. <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>.
16. Fairchild AL, Lee JS, Bayer R, Curran J: E-Cigarettes and the Harm-Reduction Continuum. *N Engl J Med* 2018; 378(3): 216-219.